

訪問介護重要事項説明書

<令和8年5月1日 現在>

1. 事業所の概要

[1] サービス提供事業所の概要

指定居宅サービス提供事業所名	アイケアセンター小豆沢
所在地	東京都板橋区小豆沢2-19-7 渡辺ビル
提供可能サービス	訪問介護
サービス提供地域	板橋区、北区、豊島区、文京区
介護保険事業所番号	第 1371900604 号
管理者氏名	鶴田 冬美
電話番号・FAX番号	TEL 03-3965-5453 FAX 03-3969-0537

[2] 営業時間・サービス提供時間

	平日	土曜日	日曜日
営業時間	9:00~18:00	9:00~18:00	休み
サービス提供時間	24時間		

※ 但し、年末年始の12月30日、31日、1月1日、2日は【休日】の扱いとなります。

[3] 事業所の職員体制

職種	従事する業務	員数
管理者	事業所全般管理	1名
サービス提供責任者	利用者調整・技術指導・訪問介護計画作成など	7名
訪問介護員	訪問介護等の提供	68名

2. サービス内容及び利用料及び利用者負担額

[1] サービス内容

(1) 身体介護

- 入浴介助 入浴の介助又は、入浴が困難な方は体を拭く（清拭）等を行います。
- 排泄介助 排せつの介助、オムツ交換を行います。
- 食事介助 食事の介助を行います。
- 体位変換 体位の変換を行います。
- 通院介助 通院の介助を行います。
- 着替介助 着替えの介助を行います。

(2) 生活援助

- 調理 利用者の食事の用意を行います。（ご家族分の調理は行いません。）
- 洗濯 利用者の衣服等の洗濯を行います。（ご家族分の洗濯は行いません。）
- 掃除 利用者の居室の掃除を行います。
（利用者の居室以外の居室、庭等の敷地の掃除は行いません。）
- 買い物 利用者の日常生活に必要となる物品の買い物をを行います。
（預金・貯金の引き出しや預け入れは行いません。）
- 薬の受取 利用者の薬の受け取り支援を行います。
（ご家族様については、行いません。）

(3) その他のサービス

介護相談等

(4) 訪問介護員の禁止行為

- ① 医療行為
- ② 介護保険法上禁止されている事項
- ③ 利用者もしくはその家族からの高価な物品等の授受
- ④ 利用者もしくはその家族等の同意なしに行う喫煙行為
- ⑤ 利用者又はその家族等に対して行う宗教活動、政治活動、営利活動
- ⑥ その他契約者もしくはその家族等に行う迷惑行為

[2]利用料

介護保険法からの訪問介護給付サービスを利用する場合。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

※ 利用料は別紙

(1) サービスについて

- ① 「サービスに要する時間」「利用料金」は、国で定められた時間・金額です。
- ② 利用料金に対して、早朝（午前6時～午前8時）・夜間（午後6時～午後10時）は25%増し、深夜（午後10時～午前6時）は50%増しとなります。
- ③ 上記料金設定の基本となる時間は、実際のサービス提供時間ではなく、利用者の居宅サービス計画（ケアプラン）に定められた目安の時間を基準とします。
- ④ やむをえない事情で、且つお客様の同意を得て、サービス従業者2人で訪問した場合は2人分の料金を頂きます。
- ⑤ その他の詳細につきましては、お気軽にご相談ください。
- ⑥ 介護保険適応でないサービス利用料金につきましては、別途契約となっております。
- ⑦ ご利用者がまだ要介護認定を受けていない場合には、サービス料金の全額を一旦お支払いいただく場合があります。要介護認定を受けた後、自己負担額を除く金額が介護保険から払い戻されます（償還払い）
償還払いとなる場合、ご利用者が保険給付の申請を行うために必要となる事項を記載した「サービス提供証明書」を交付します。

(2) 交通費

事業所の概要[1]のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

サービスを提供する地域以外にお住いの方は、訪問介護員が訪問する為の交通費は実費を徴収致します。なお、自動車を使用した場合の交通費は、次の額を徴収する。

通常の実施地域を越えて 1kmにつき 100円

[3] サービス利用の中止・変更・追加

- (1) サービス利用予定日の前に利用者の都合により訪問介護サービスを中止または変更が可能です。この場合はサービス実施前日までにご連絡下さい。
- (2) サービス利用予定日の前営業日の午後5時までに連絡がなく、当日に利用の中止の申し出をされた場合は、下記の料金を頂く場合がございます。但し利用者の容態の急変など、緊急やむを得ない事情がある場合は、キャンセル料は不要です。
- (3) サービス利用の変更・追加の申し出につきましては、利用者が契約等をしている居宅支援事業所へご連絡して頂き、当該事業所が支援可能である旨など協議の上、訪問介護サービスを提供させていただきます。

(連絡先： アイケアセンター小豆沢 TEL 03-3965-5453)

時 間	キャンセル料
利用予定日の前営業日の午後5時までにご連絡をいただいた場合	無 料
利用予定日の当日にご連絡を頂いた場合	1,000円

(4) その他

- ① 利用者の住まいで、サービスを提供する際に使用する、水道、ガス、電気、電話等の費用は利用者のご負担になります。
- ② 交通機関を利用した場合、訪問介護員の交通費は利用者のご負担になります。
- ③ 交通事情・天候によりサービス時間が多少前後することがありますが、ご了承下さい。
- ④ サービス提供中、当事業所の訪問介護員が同行研修する場合があります。ご了承下さい。
- ⑤ 固定ヘルパーご希望の場合、最大限調整をさせていただきます。しかし必ずしもご希望に添えない場合も有り、やむを得ずヘルパーが変更する場合がございます。ご了承下さい。
- ⑥ 茶・お菓子などの心遣いはご遠慮下さい。
- ⑦ 記録の謄写費 実費として1枚につき10円いただきます。

3. 料金の支払い方法等

上記利用料金の支払は、1ヵ月ごとに計算し、翌月20日頃までに請求書を発行いたします。

(現金集金の方は、先に料金をご連絡させていただく場合もございます。)

利用者は口座引き落とし、現金集金、銀行振込の3通りの中からご契約の際に選んでお支払い頂きます。

銀行振込の場合は、振込手数料はお客様のご負担とさせていただきます。

事業者は、利用者又は家族等から料金を受領した時は、支払者に対し領収書を発行いたします。

4. 事故発生時の対応

事業者は利用者に対する訪問介護のサービス提供により事故が発生した場合は、

保険者、当該利用者の家族、当該利用者に係る居宅介護支援事業者等、主治医などに連絡を行うとともに、必要な措置を講じます。

5. 緊急時の対応

サービスの提供により体調異変等の緊急時の場合、当該利用者に係る主治医及び当該利用者の家族に連絡を行います。

6. 相談窓口・苦情窓口

○当該事業所窓口

担当者	鶴田 冬美
電話 及び FAX	TEL 03-3965-5453 FAX 03-3969-0537

○公的機関においても、次の機関において苦情申出等ができます。

担当窓口	介護保険課 介護事業者係 相談担当
住所	東京都板橋区板橋 2-66-1
電話番号	03-3579-2079
FAX番号	03-3579-3402
受付時間	9:00~17:00（土・日、祝日及び年末年始は休み）

担当窓口	
住所	
電話番号	
FAX番号	
受付時間	

担当窓口	東京都国民健康保険団体連合会 介護相談窓口 担当職員
住所	東京都千代田区飯田橋 3-5-1 東京政会館 11階
電話番号	03-6238-0177
受付時間	9:00~17:00（土・日、祝日及び年末年始は休み）

7. 当法人の概要

事業者名	株式会社 ケアフレンド
所在地	東京都足立区梅島 1丁目 13番 17号
電話番号	03-3889-8051
法人の種別及び名称	株式会社 ケアフレンド
代表者職	代表取締役
代表者氏名	小林 秀樹
運営方針	<p>必要な時に、必要な人へ、必要なだけ、トータルにサービスを提供していく。</p> <ol style="list-style-type: none"> 利用者個々の心身の特性とニーズを的確に把握し有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、入浴・排泄・食事の介護・その他の生活全般にわたる援助を行う 事業実施にあたり関係市町村、地域の保健・医療・福祉サービスとの綿密な連携を図り、総合的なサービスの提供を行う 事業の継続的改善を行い利用者・家族の満足を得る
業務の概要	訪問介護・障がい者サービス・家政婦紹介業等を提供しております。

【別紙】

訪問介護サービス費 利用料 (特定事業所加算Ⅱ)

介護保険法からの訪問介護給付サービスを利用する場合。

ただし、介護保険の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

		(単位数)	費用額(10割分)	利用者負担額 (1割)	利用者負担額 (2割)	利用者負担額 (3割)
身体介護	20分未満	179	2,040 円	204 円	408 円	612 円
	20分以上30分未満	268	3,055 円	306 円	611 円	917 円
	30分以上1時間未満	426	4,856 円	486 円	972 円	1,457 円
	1時間以上1時間半未満	624	7,113 円	712 円	1,423 円	2,134 円
	1時間半を越して30分増す毎に	90	1,026 円	103 円	206 円	308 円
生活援助	20分以上45分未満	197	2,245 円	225 円	449 円	674 円
	45分以上	242	2,758 円	276 円	552 円	828 円
身体介護に引き続 き生活援助	20分以上	72	820 円	82 円	164 円	246 円
	45分以上	143	1,630 円	163 円	326 円	489 円
	70分以上	215	2,451 円	246 円	491 円	736 円

※上記の金額は、所定の単位数に特定事業所加算Ⅱの10%を加えた金額で算定しています。

* 加算(本来の利用料に上乗せになる金額です)

初回加算	200	2,280 円	228 円	456 円	684 円
緊急時訪問介護加算	100	1,140 円	114 円	228 円	342 円

介護職員等処遇改善加算(Ⅱ)口	所定単位数にサービス別加算率(26.6%)を乗じた単位数で計算。				
-----------------	----------------------------------	--	--	--	--

※変更があった場合は文書にて通知いたします。

第 1 号訪問事業 重要事項説明書

<令和 8 年 5 月 1 日 現在 >

1. 当社の営業日及び提供するサービスについての相談窓口

営業日 日曜日、12月30日、31日、1月1日、2日を除く毎日

(午前9時～午後6時)

電話 03-3965-5453 (平日 午前9時～午後6時)

担当 鶴田 冬美

* ご不明な点は、なんでもおたずねください。

2. アイケアセンター小豆沢の概要

(1) 訪問介護事業者の指定番号およびサービス提供地域

事業所名	アイケアセンター小豆沢
所在地	東京都板橋区小豆沢2-19-7 渡辺ビル
介護保険指定番号	訪問介護 (東京都1371900604号)
*その他の事業	介護予防訪問介護 (東京都1371900604号)
サービスを提供する地域 *	板橋区

*上記地域以外の方でもご希望の方はご相談ください。

(2) 同事業所の職員体制

	資格	常勤	非常勤	業務内容	計
管理者		1名 ()		総括など	1名 ()
サービス提供 責任者	介護福祉士 実務者研修 初任者研修	3名 () 1名 (1) 名 ()		訪問介護計画 の作成等	4名 (1)
従事者	介護福祉士	3名 (1)	6名 ()	指定訪問介護 の提供	9名 (1)
	実務者研修、初任者研修 修了者	1名 ()	52名 ()	指定訪問介護 の提供	53名 ()

() 内は男性再掲

(3) サービスの提供時間帯

	通常時間帯 8:00～18:00	早朝 6:00～8:00	夜間 18:00～22:00	深夜 22:00～6:00	備考
平日	○	○	○	○	
土・日・祝日	○	○	○	○	

3. サービス内容

- ・ご契約者に対する具体的なサービスの実施内容、実施日、時間等は、介護予防サービス・支援計画がある場合には、それを踏まえた第1号訪問サービス計画に定められます。ただし、契約者の状態の変化、介護予防サービス・支援計画に位置付けられた目標の達成度等を踏まえ、必要に応じて変更することがあります。
- ・ご契約者の状態の変化等により、サービス提供量が、介護予防サービス・支援計画に定めた実施回数、時間数等を大幅に上回る場合には、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事業者と調整の上、支給区分の変更、介護予防サービス・支援計画の変更又は総合事業対象者又は要支援認定の変更、要介護認定の申請の援助等必要な支援を行います。
- ・介護予防サービス・支援計画は、自立支援の観点から、利用者ができる限り自ら家事等を行うことができるように支援することを目的としています。そのため、下記のサービスは、例えばご契約者が行う調理を訪問介護員が見守りながら一緒に行うなど、利用者がその有する能力を最大限活用することができるような方法によって行います。

(1) 予防訪問サービス

- ・掃除に関すること・洗濯に関すること・調理に関すること・買い物に関すること
- ・入浴に関すること・外出介助・室内の移動見守り・服薬確認・介護相談等

(2) 生活援助訪問サービス

- ・1回60分以内の生活援助サービス（掃除や整理整頓、生活必需品の買い物等）を受けます。身体介護サービスの提供はできません。

4. 利用料金

(1) 利用料

総合事業からの給付サービスを利用する場合は、原則として基本料金（料金表）の負担割合に応じた額です。ただし、板橋区介護予防・日常生活支援総合事業の給付の範囲を超えたサービス利用は全額自己負担となります。

基本料金

① 予防訪問サービス

サービス区分	要支援1	要支援2	介護報酬 (定額)	利用料		
				1割負担額	2割負担額	3割負担額
訪問型サービスⅠ (週1回程度の利用)	○	○	13,406円/月	1,341円/月	2,682円/月	4,022円/月
訪問型サービスⅡ (週2回程度の利用)	○	○	26,778円/月	2,678円/月	5,356円/月	8,034円/月
訪問型サービスⅢ (週2回程度を超える利用)	×	○	42,487円/月	4,249円/月	8,498円/月	12,747円/月

※月の途中で下記の事由が生じた場合には、介護報酬を日割にて算定します

- ・要介護から要支援に変更又は、要支援から要介護へ変更になった場合
- ・同一保険者管内で転居等により事業所を変更した場合
- ・要支援度が変わった場合
- ・ショートステイを利用した場合
- ・途中で生活保護になった場合

②生活援助訪問サービス

サービス区分	事業対象者	要支援1	要支援2	介護報酬 (定額)	利用料		
					1割負担額	2割負担額	3割負担額
訪問型サービスⅠ (週1回程度の利用)	(○)	○	○	11,468円/月	1,147円/月	2,294円/月	3,441円/月
訪問型サービスⅡ (週2回程度の利用)	×	○	○	22,936円/月	2,294円/月	4,588円/月	6,881円/月

*板橋区介護予防・日常生活支援総合事業上適切でないサービスにつきましては、自費のサービスとなりますので、事前にご相談ください。

【例】

- ・ 医療行為および医療補助行為（巻づめ、白癬菌のつめきり等）
- ・ 年金等の管理、金銭の貸借などの金銭に関する取扱い。
- ・ 通院介助のまち時間の付き添い（リハビリ・検査・診察等）
- ・ 緊急時の救急車への同乗等
- ・ 趣味趣向に係る外出（演劇・カラオケ・墓参り・地域行事への参加）
- ・ 草むしり・植木の剪定・花木の水やり など
- ・ ペットの世話（散歩・餌やり など）
- ・ 大掃除・窓のガラス磨き・床のワックス掛け
- ・ 利用者本人以外の洗濯・調理・買い物・布団干し
- ・ 主として、利用者が使用する居室以外の掃除
- ・ 来客の対応（お茶・食事の手配など）
- ・ 自家用車の洗車・清掃
- ・ 特別な手間をかけて行う料理（おせち料理・会食料理 など）
- ・ 家具・電気機器等の移動・修繕・模様替え
- ・ 室内外家屋の修理・ペンキ塗りなど
- ・ その他 日常生活に行われる家事の範囲を超える行為等

*初回加算（本来の利用料に上乗せになる金額です） 2,280円/月

新規（過去2ヶ月の間、当該事業所から第1号訪問事業の提供を受けていない場合も含む）に第1号訪問サービス計画書を作成した利用者に対して、初回に実施した第1号訪問事業と同月内に、サービス提供責任者又は訪問事業責任者が自ら第1号訪問事業を行う場合又は他の訪問介護員等が第1号訪問事業を行う際に同行訪問した場合

*介護職員等処遇改善加算（Ⅱ）

所定単位数にサービス別加算率（22.4%）を乗じた単位数で計算。

（2） 交通費

前記2の（1）のサービスを提供する地域にお住まいの方は無料です。

（3） キャンセル料

急なキャンセルの場合はご利用日前営業日の午後5時までにご連絡ください。

（連絡先 電話03-3965-5453） キャンセル料金は、一切かかりません。

（４） その他

①お客さまの住まいで、サービスを提供するために使用する、水道、ガス、電気等の費用はおお客様のご負担となります。

②記録の謄写費 実費として1枚につき10円いただきます。

③料金のお支払方法

毎月、20日までに前月分の請求をいたしますので、当月末日までにお支払いください。

お支払いいただきますと、領収証を発行します。

お支払方法は、現金集金、銀行振込、口座引き落としの3通りの中からご契約の際に選べます。（銀行振込の場合、お振込手数料はおお客様のご負担とさせていただきます。）

5. サービスの利用方法

（１） サービスの利用開始

まずは、お電話等でお申し込みください。当社職員がお伺いいたします。

契約を結び第1号訪問サービス計画書を作成し、サービスの提供を開始します。

（２） サービスの終了

① お客様のご都合でサービスを終了する場合

サービスの終了を希望する日の1週間前までに文書でお申し出下さい。

② 当社の都合でサービスを終了する場合

人員不足等やむを得ない事情により、サービスの提供を終了させていただく場合がございます。

その場合は、終了1ヶ月前までに文書で通知し、他の介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事業者の紹介等をします。

③ 自動終了

以下の場合、双方の通知がなくても、自動的にサービスを終了いたします。

- ・お客様が介護保険施設に入所した場合
- ・介護保険給付でサービスを受けていたお客様の要介護認定区分が、要介護または総合事業対象者でない利用者の要介護状態区分が自立と認定された場合
- ・お客様がお亡くなりになった場合

④ その他

- ・当社が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、お客様やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当社が破産した場合、お客様は文書で解約を通知することによって即座にサービスを終了することができます。
- ・お客様が、サービス利用料金の支払を1ヶ月以上遅延し、料金を支払うよう催促したにもかかわらず7日以内に支払わない場合、またはお客様やご家族などが当社や当社のサービス従業者に対して本契約を継続し難いほどの背信行為を行った場合は、文書で通知することにより、即座にサービスを終了させていただく場合がございます。

6. 当社の第1号訪問事業サービスの特徴等

（１） 運営の方針

- 1 利用者の心身機能の改善、環境調整等を通じて、利用者の自立を支援し、生活の質

- の向上に資するサービス提供を行い、利用者の意欲を高めるような適切な働きかけを行うとともに、利用者の自立の可能性を最大限引き出す支援を行います。
- 2 サービス提供の開始に当たり、利用者の心身状況等を把握し、個々のサービスの目標、内容、実施期間を定めた個別計画を作成するとともに、個別計画の作成後、個別計画の実施状況の把握（モニタリング）をし、モニタリング結果を指定介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事業者へ報告します。
 - 3 指定第1号訪問事業の提供に当たっては、利用者の心身機能、環境状況等を把握し、板橋区介護予防・日常生活支援総合事業以外の代替サービスを利用する等効率性・柔軟性を考慮した上で、利用者のできることは利用者が行うことを基本としたサービス提供に努めます。
 - 4 事業実施に当たっては、板橋区の保健・医療・福祉サービスとの密な連携を図り、総合的なサービスの提供に努めます。

（2） サービス利用のために

事 項	有無	備 考
ホームヘルパーの変更の可否	○	変更を希望される方はお申し出ください
男性ヘルパーの有無	○	
従業員への研修の実施	○	年3回 継続研修を実施しています
サービスマニュアルの作成	○	
記録の謄写費	○	前記4の（4）を参照してください。

7. 事業者及びサービス従業者の義務

- （1）事業者及びサービス従業者は、サービスの提供にあたってお客様の生命、身体及び財産の安全に配慮するものとします。
- （2）事業者は、サービス従業者の清潔保持及び健康状態について必要な管理並びに設備・備品等の衛生的な管理に努めるものとします。
- （3）事業者は、サービスの提供にあたって、緊急時の連絡先として主治医を確認するなど、医師及び医療機関等への連絡体制の確保に努めるものとします。
- （4）事業者は、お客様に対するサービスの提供の内容について記録を作成し、サービス実施日の終了時ごとにお客様又はその家族等による確認を受けるものとします。また、作成したサービス実施記録及び各種介護計画書は、5年間これを保存し、お客様の請求に応じてこれを開示する。

8. 緊急時の対応方法

サービスの提供中に容体の変化等があった場合は、事前のうちあわせにより、主治医、救急隊、親族、介護予防支援・介護予防ケアマネジメント事業者等へ連絡をいたします。

主治医	主治医氏名	
	連絡先	
ご家族	氏名	
	連絡先	

9. 事故発生時の対応

- (1) 当社は、利用者に対する指定第1号訪問事業の提供により事故が発生した場合、板橋区、当該利用者の家族、当該利用者にかかる地域包括支援センター又は居宅介護支援事業者等に報告を行うとともに、必要な措置を講じます。
- (2) 当社は、利用者に対するサービスの提供にともなって賠償すべき事故が発生した場合には、速やかに利用者に対して損害を賠償します。
但し、当社に故意過失がなかった場合にはこの限りではありません。

10. 秘密保持

- (1) 当社および当社の使用する者は、サービス提供をする上で知り得た利用者およびその家族等に関する秘密を正当な理由なく第三者に漏らしません。
この守秘義務は契約終了後並びに当社の使用する者の退職後も同様です。
- (2) 当社は、利用者から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、利用者の個人情報を用いません。
- (3) 当社は、利用者の家族等から予め文書で同意を得ない限り、サービス担当者会議等において、当該家族等の個人情報を用いません。

11. サービス内容に関する苦情

- (1) 当社お客さま相談・苦情担当
当社の訪問介護に関するご相談・苦情を承ります。

担当 鶴田 冬美

電話 03-3965-5453

- (2) その他

当社以外に、板橋区の相談・苦情窓口等に苦情を伝えることができます。

① 区市町村名 介護保険課 介護事業者係 相談担当 電話 03-3579-2079

② 東京都国民健康保険団体連合会 介護サービス苦情相談窓口

電話 03-6238-0177

12. 当社の概要

名称	株式会社 ケアフレンド
代表者役職・氏名	代表取締役 小林 秀樹
所在地・電話番号	東京都足立区梅島1丁目13番17号 電話 03-3889-8051

定款の目的に定めた事業

1. 介護保険法による訪問介護事業および介護予防訪問介護事業
2. 介護保険法による指定居宅介護支援事業
3. 介護保険法による指定居宅サービス事業
4. 介護予防・日常生活支援総合事業（訪問型サービス）に関する事業
5. 障害者総合支援法に基づく障害福祉サービス事業
6. 福祉用具貸与および販売事業
7. 高齢者向け住宅事業
8. 介護・医療に関わるサービス事業
9. 前各号に附帯または関連する一切の業務

事業所	訪問介護	5カ所
	介護予防訪問介護	5カ所

居宅訪問介護サービス重要事項説明書
(令和 年 月 日現在)

1. 事業者の概要

名称	ケアフレンド
法人種別	株式会社
法人所在地	東京都足立区梅島1-13-17
電話番号	03-3889-8051
代表者氏名	代表取締役 小林 秀樹

2. 事業所の概要

事業所の名称	アイケアセンター 小豆沢
事業所の所在地	東京都板橋区小豆沢2-19-7 渡辺ビル
事業所の電話番号	03-3965-5453
サービス提供地域	板橋区、北区、豊島区
サービス提供曜日・時間	月曜日～日曜日(但し、12月30日～1月3日の年末年始はお休みとさせていただきます)基本的に、7時～20時まで。 (時間外については、相談させていただきます)
事業所番号	
運営方針	お一人お一人の暮らしを大切に考え、利用者にあったサポートをいたします。
自己評価の実施状況	していない
第三者評価の実施状況	していない
職員への研修の実施状況	2ヶ月毎に社内の介護講習会を実施

3. 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数 (常勤換算)	資格等
管理者	1		1	
サービス提供責任者	4		4	
ヘルパー		72	72	
事務員				

4. 主たる対象者

--

5. 提供するサービス

(1) サービスの内容

① 身体介護

食事介護	食事の介助を行います。
入浴介護	入浴の介助や清拭(体を拭く等)、洗髪などを行います。
更衣介助	衣服の着脱の介助を行います。
排せつ介助	排せつの介助、おむつ交換を行います。

② 家事援助

調理	利用者の食事の用意・片付けを行います。
洗濯	利用者の衣類等の洗濯を行います。
買物	利用者の日常生活に必要な物品の買い物を行います。
掃除	利用者の居室の掃除や整理整頓を行います。

③ 通院等介助

通院等介助 (身体介護を伴う)	通院等又は官公署並びに指定相談支援事業所への移動のための介助、通院先等での受診等の手続・移動等の介助(院内介助を要する場合)を行います。

(2) ヘルパーの禁止行為

- ① 利用者に対する暴力等の虐待行為
- ② 身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(緊急やむを得ない場合を除く)
- ③ 利用者の同居家族に対するサービス
- ④ 利用者の日常生活の範囲を超えたサービス(庭の手入れやペットの世話等)
- ⑤ 居宅介護(身体介護、家事援助)における外出や単なる見守りのサービス

6. 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

サービスに係る利用者負担額は、区市町村が定める利用者負担上限月額(サービスに要した総費用額の1割相当額が低い場合には、低い方の額)となります。また、サービスに要した総費用額から利用者負担額を差し引いた額を介護給付費として事業者が受領します。なお、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第31条により特例の適用を受ける場合は、区市町村が定める額となります。

また、同一世帯に障害福祉サービスの利用者が複数いる場合、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用する利用者がある場合で、利用者負担の合計額が一定の額を超える場合には、高額障害福祉サービス等給付費等を支給され負担が軽減される場合もあります。詳しくは、お住まいの区市町村にお尋ねください。

① 基本サービス単位数表 日中時間帯（午前8時～午後6時までの間）

・下記表の利用料（サービスに要した費用）は、本事業所の所在地（1級地）の1単位単価（11.20円）で算定しています。また、利用者負担額は利用料の1割相当額を記載しています。（1円未満の端数は、端数金額を切り捨てて算定します。）

		単位数	費用額 (10割分)	利用者 負担額
身体介護中心型 通院介助 (身体介護有)	30分未満	256	2,867円	287円
	30分以上1時間未満	404	4,524円	453円
	1時間以上1時間30分未満	587	6,574円	658円
	1時間30分以上2時間未満	669	7,492円	750円
	2時間以上2時間30分未満	754	8,444円	845円
	2時間30分以上3時間未満	837	9,374円	938円
	3時間以上3時間30分未満	921	10,315円	1,032円
	3.5時間以上（921単位に30分増すごとに）	83	929円	93円
家事援助が中心 である場合	30分未満	106	1,187円	119円
	30分以上45分未満	153	1,713円	172円
	45分以上1時間未満	197	2,206円	221円
	1時間以上1時間15分未満	239	2,676円	268円
	1時間15分以上1時間30分未満	275	3,080円	308円
	1時間15分以上1時間30分未満	311	3,483円	349円
	1時間30分以上（311単位に15分増すごとに）	35	392円	40円
通院等介助(身 体介護を伴わ ない場合)が中 心である場合	30分未満	106	1,187円	119円
	30分以上1時間未満	197	2,206円	221円
	1時間以上1時間30分未満	275	3,080円	308円
	1時間30分以上2時間未満	345	3,864円	387円
	2時間以上（345単位に30分増すごとに）	69	772円	78円
通院等のための乗車 又は降車の介助が中 心である場合		102	1,142円	115円

・2人の従業者により居宅介護を行う場合は、2人の従業者について区市町村が認める場合（①身体的理由②暴力行為等③その他利用者の状況から①、②に準ずると認められる場合）のいずれかに該当する場合で、利用者から同意を得ている場合になります。各ヘルパーの所定単位数で算定します。上記以外で、利用者が希望する場合は、利用者から介護給付費相当の額をいただきます。

② 加算単位数

・下記表に該当する場合は、①の基本単位数に加算を算定します。

		単位数	費用額 (10割分)	利用者 負担額
初回加算	1月につき	+200	2,240円	224円
緊急時対応加算	1月に2回まで	+100	1,120円	112円
喀痰吸引等支援 体制加算	1日につき	+100	1,120円	112円
利用者負担額上 限額管理加算	1月につき	+150	1,680円	168円
福祉・介護職員 等処遇改善加算	1月につき(利用者ごとに、当該月の所定単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数			
	要件	処遇改善加算の単位数	利用料 (10割分)	
加算(Ⅱ)	キャリアパス要件及び定量的要件を すべて満たす対象事業所	所定単位数×40.2% ※1単位未満の端数は四捨五入	左の単位数× 1単位の単価	
2026年6月より 加算(Ⅱ)口	キャリアパス要件及び定量的要件を すべて満たす対象事業所	所定単位数×44.1% ※1単位未満の端数は四捨五入	左の単位数× 1単位の単価	

(2)交通費

- ① 通常のサービス提供実施地域(※) → 無料
それ以外の地域 → ご利用者の実費負担となります。
- ② 買い物時や薬の受けとり時の交通費 → ご利用者の実担となります。
- ③ 通院介助時の交通費 → ご利用者の実費負担となります。

(3)水道代・ガス代

ご利用者のご自宅で、サービス実施のために水道・ガスを利用した場合、その代金はご利用者実費負担となります。

(4) 電話代

ご利用者のご自宅で、サービス実施のためにやむを得ず電話を利用した場合、その代金はご利用者の実費負担となります。(5)コピー代
居室サービス提供実績記録をコピーした場合、ご利用者の実費負担となります。
(1枚あたり10円)

(5) その他の料金

(6) 支払方法

- 事業者は、当月の料金の請求書に明細を付して、翌月20日までにご利用者に送付します。
- 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。
 - イ. 自動口座引き落とし(ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。)
*こちらを原則とさせていただきます。
 - ロ. 銀行振込
(期日までにお振り込み願います。尚、振込手数料は利用者負担となります。)

振込先: 東京信用金庫 志村支店 店番013 口座番号4090742
口座名義 株式会社 ケアフレンド

7. キャンセル料

- (1)ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービスの利用日の前営業日の18時までにご連絡下さい。
- (2)サービス利用日の前営業日の18時以降のキャンセルは、以下のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承下さい。

キャンセル料 介護給付費の50%

- (3)ご利用者の容態が急変し、緊急入院など、緊急かつやむを得ない事情がある場合は、当日の連絡でもキャンセル料はいただきません。
- (4)キャンセル料は、利用者負担金の支払いに併せてお支払いいただきます。

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 居宅介護について介護給付費を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ② サービス利用が決定した場合は契約を締結し、居宅介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③ 居宅介護の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業者に対し7日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ② 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③ 利用者がサービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。
- ④ 当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が施設に入所した場合
- ② 居宅介護の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合(所定の期間の経過をもって終了します。)
- ③ 利用者が亡くなった場合

9. 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

10. 緊急時の対処方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

11. 虐待防止に関する相談窓口

当事業所 虐待防止に関する相談窓口

窓口担当者	井ノ口 達也
電話番号・FAX	03-3965-5453 FAX 03-3969-0537
受付時間	午前9時00分から午後5時00分（日曜日は定休日）

12. この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	井ノ口 達也
電話番号	03-3965-5453
受付時間	午前9時00分から午後5時00分（日曜日は定休日）

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

板橋区

担当部署 板橋区 福祉部 障がい者福祉課 認定給付係

電話番号 03-3579-2392

受付時間 午前9時から午後5時

板橋 福祉事務所

電話番号 03-3579-2460

赤塚 福祉事務所

電話番号 03-3938-5118

志村 福祉事務所

電話番号 03-3968-2337

北区

担当部署 北区健康福祉部障害福祉課

電話番号 03-3908-9085

受付時間 午前8時30分から午後5時

王子障害相談係

電話番号 03-3908-9081

赤羽障害相談係

電話番号 03-3903-4161

豊島区

担当部署 豊島区保険福祉部 障害福祉課 受付時間 午前8時30分から午後5時

障害者在宅支援グループ

電話番号 03-3981-2141

知的障害者支援グループ

電話番号 03-3981-1853

精神障害者福祉グループ

電話番号 03-3981-1988

東部障害支援センター

電話番号 03-3946-2511

西部障害支援センター

電話番号 03-3974-5531

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局
電話番号	03-5283-7020
受付時間	月～金 9時～17時

令和 年 月 日

居宅介護利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(事業者名) 株式会社ケアフレンド

(住 所) 東京都足立区梅島1-13-17

(代表者名) 代表取締役 小林 秀樹 印

(事業所名) アイケアセンター小豆沢

(住 所) 東京都板橋区小豆沢2-19-7 渡辺ビル

説明者

(氏 名) 印

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける居宅介護の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住 所)

(氏 名) 印

(代理人)利用者との続柄()

(住 所)

(氏 名) 印

代筆の理由

()

利用者の家族代表 続柄()

(住 所)

(氏 名) 印

重度訪問介護サービス重要事項説明書
(令和 年 月 日現在)

1. 事業者の概要

名称	ケアフレンド
法人種別	株式会社
法人所在地	東京都足立区梅島1-13-17
電話番号	03-3889-8051
代表者氏名	代表取締役 小林 秀樹

2. 事業所の概要

事業所の名称	アイケアセンター小豆沢
事業所の所在地	東京都板橋区小豆沢2-19-7 渡辺ビル
事業所の電話番号	03-3965-5453
サービス提供地域	板橋区、北区、豊島区
サービス提供曜日・時間	月曜日～日曜日(但し、12月30日～1月3日の年末年始はお休みとさせていただきます)基本的に、7時～20時まで。 (時間外については、相談させていただきます)
事業所番号	
運営方針	お一人お一人の暮らしを大切に考え、利用者にあったサポートをいたします。
自己評価の実施状況	していない
第三者評価の実施状況	していない
職員への研修の実施状況	2ヶ月毎に社内の介護講習会を実施

3. 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数 (常勤換算)	資格等
管理者	1		1	
サービス提供責任者	3		3	
ヘルパー		72	72	
事務員	3		3	

4. 主たる対象者

--

5. 提供するサービス

(1) サービスの内容

居宅における身体介護、家事援助サービスに加え、コミュニケーション支援、家電製品等の操作の支援、日常生活に生じる介護に対応するための見守り等の支援及び外出時の支援を比較的長時間に渡り、断続的に行います。

原則として居宅介護との併用はできません。また重度訪問介護の支給決定者は移動支援の対象となりません。なお、事業者はサービスの提供にあたっては、他の保健医療サービスや福祉サービス等を提供する者との密接な連携に努めなければなりません。

(2) 利用できる外出内容

- ① 行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護。
- ② 外出時における移動中の介護。
- ③ 排泄および食事等の介護その他の行動する際に必要な援助。

(具体的には、次のようなサービスを行なう)

・予防的対応

初めての場所で不安定になり、不適切な行動にでないよう、あらかじめ目的地での行動等を理解していただくなど。

・制御的対応

行動障害を起こしてしまった時の問題行動を適切におさめるなど

・身体介護的対応

便意の認識ができない方の介助など

(3) ヘルパーの禁止行為

- ①利用者に対する暴力等の虐待行為
- ②身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(緊急やむを得ない場合を除く)
- ③利用者の同居家族に対するサービス
- ④利用者の日常生活の範囲を超えたサービス(庭の手入れやペットの世話等)

6. 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

サービスに係る利用者負担額は、区市町村が定める利用者負担上限月額(サービスに要した総費用額の1割相当額が低い場合には、低い方の額)となります。また、サービスに要した総費用額から利用者負担額を差し引いた額を介護給付費として事業者が受領します。なお、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第31条により特例の適用を受ける場合は、区市町村が定める額となります。

また、同一世帯に障害福祉サービスの利用者が複数いる場合、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用する利用者がある場合で、利用者負担の合計額が一定の額を超える場合には、高額障害福祉サービス等給付費等を支給され負担が軽減される場合もあります。詳しくは、お住まいの区市町村にお尋ねください。

① 基本サービス単位数表 日中時間帯（午前8時～午後6時までの間）

・下記表の利用料（サービスに要した費用）は、本事業所の所在地（1級地）の1単位単価（11.20円）で算定しています。また、利用者負担額は利用料の1割相当額を記載しています。（1円未満の端数は、端数金額を切り捨てて算定します。）

		単位数	費用額 (10割分)	利用者 負担額
重度訪問介護 サービス	1時間未満	186	2,083円	209円
	1時間以上1時間30分未満	277	3,102円	311円
	1時間30分以上2時間未満	369	4,132円	414円
	2時間以上2時間30分未満	461	5,163円	517円
	2時間30分以上3時間未満	553	6,193円	620円
	3時間以上3時間30分未満	644	7,212円	722円
	3時間30分以上4時間未満	732	8,243円	825円
	4時間以上8時間未満(815単位に30分増すごとに)	85	952円	96円
	8時間以上12時間未満(1,495単位に30分増すごとに)	85	952円	96円
	12時間以上16時間未満(2,170単位に30分増すごとに)	81	907円	91円
	16時間以上20時間未満(2,816単位に30分増すごとに)	86	963円	97円
	20時間以上24時間未満(3,498単位に30分増すごとに)	80	896円	90円

② 加算単位数

・下記表に該当する場合は、①の基本単位数に加算を算定します。

		単位数	費用額 (10割分)	利用者 負担額
移動介護加算	1時間未満	100	1,120円	112円
	1時間以上1時間30分未満	125	1,400円	140円
	1時間30分以上2時間未満	150	1,680円	168円
	2時間以上2時間30分未満	175	1,960円	196円
	2時間30分以上3時間未満	200	2,240円	224円
	3時間以上	250	2,800円	280円

		単位数	費用額 (10割分)	利用者 負担額
初回加算	1月につき	+200	2,240円	224円
緊急時対応加算	1月に2回まで	+100	1,120円	112円
喀痰吸引等支援 体制加算	1日につき	+100	1,120円	112円
利用者負担額上 限額管理加算	1月につき	+150	1,680円	168円
福祉・介護職員 等処遇改善加算	1月につき(利用者ごとに、当該月の所定単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数			
	要件	処遇改善加算の単位数	利用料 (10割分)	
加算Ⅱ	キャリアパス要件及び定量的要件を すべて満たす対象事業所	所定単位数×32.8% ※1単位未満の端数は四捨五入	左の単位数× 1単位の単価	
2026.6月より 加算Ⅱ口	キャリアパス要件及び定量的要件を すべて満たす対象事業所	所定単位数×36.7% ※1単位未満の端数は四捨五入	左の単位数× 1単位の単価	
重度訪問介護 の対象者の区分 による加算	重度訪問Ⅰ・重度障害者等包括支援の対象者	15.0%		
	重度訪問Ⅱ・障害者程度区分6の対象者 (重度訪問Ⅰ・に該当する者を除く)	8.50%		
	重度訪問Ⅲ・障害者程度区分5以下の対象者	加算なし		

(2)交通費

- ① 通常のサービス提供実施地域(※) → 無料
それ以外の地域 → ご利用者の実費負担となります。
- ② 買い物時や薬の受けとり時の交通費 → ご利用者の実費負担となります。
- ③ 通院介助時の交通費 → ご利用者の実費負担となります。

(3)水道代・ガス代

ご利用者のご自宅で、サービス実施のために水道・ガスを利用した場合、その代金はご利用者実費負担となります。

(4) 電話代

ご利用者のご自宅で、サービス実施のためにやむを得ず電話を利用した場合、その代金はご利用者の実費負担となります。(5)コピー代
居宅サービス提供実績記録をコピーした場合、ご利用者の実費負担となります。
(1枚あたり10円)

(5) その他の料金

(6) 支払方法

- 事業者は、当月の料金の請求書に明細を付して、翌月20日までにご利用者に送付します。
- 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。
 - イ. 自動口座引き落とし(ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。)
*こちらを原則とさせていただきます。
 - ロ. 銀行振込
(期日までにお振り込み願います。尚、振込手数料は利用者負担となります。)

振込先: 東京信用金庫 志村支店 店番013 口座番号4090742 口座名義 株式会社 ケアフレンド
--

7. キャンセル料

(1)ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービスの利用日の前営業日の18時までにご連絡下さい。

(2)サービス利用日の前営業日の18時以降のキャンセルは、以下のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承下さい。

キャンセル料 介護給付費の50%

(3)ご利用者の容態が急変し、緊急入院など、緊急かつやむを得ない事情がある場合は、当日の連絡でもキャンセル料はいただきません。

(4)キャンセル料は、利用者負担金の支払いに併せてお支払いいただきます。

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 重度訪問介護について介護給付費を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ② サービス利用が決定した場合は契約を締結し、重度訪問介護計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③ 重度訪問介護の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業者に対し7日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ② 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③ 利用者がサービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。
- ④ 当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が施設に入所した場合
- ② 重度訪問介護の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合(所定の期間の経過をもって終了します。)
- ③ 利用者が亡くなった場合

9. 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

10. 緊急時の対処方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

11. 虐待防止に関する相談窓口

当事業所 虐待防止に関する相談窓口

窓口担当者	井ノ口 達也
電話番号・FAX	03-3965-5453 FAX 03-3969-0537
受付時間	午前9時00分から午後5時00分（日曜日は定休日）

12. この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	井ノ口 達也
電話番号	03-3965-5453
受付時間	午前9時00分から午後5時00分（日曜日は定休日）

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

板橋区

担当部署 板橋区 福祉部 障がい者福祉課 認定給付係

電話番号 03-3579-2392

受付時間 午前9時から午後5時

板橋 福祉事務所

電話番号 03-3579-2460

赤塚 福祉事務所

電話番号 03-3938-5118

志村 福祉事務所

電話番号 03-3968-2337

北区

担当部署 北区健康福祉部障害福祉課

電話番号 03-3908-9085

受付時間 午前8時30分から午後5時

王子障害相談係

電話番号 03-3908-9081

赤羽障害相談係

電話番号 03-3903-4161

豊島区

担当部署 豊島区保険福祉部 障害福祉課 受付時間 午前8時30分から午後5時

障害者在宅支援グループ

電話番号 03-3981-2141

知的障害者支援グループ

電話番号 03-3981-1853

精神障害者福祉グループ

電話番号 03-3981-1988

東部障害支援センター

電話番号 03-3946-2511

西部障害支援センター

電話番号 03-3974-5531

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局
電話番号	03-5283-7020
受付時間	月～金 9時～17時

令和 年 月 日

重度訪問介護利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(事業者名) 株式会社ケアフレンド

(住 所) 東京都足立区梅島1-13-17

(代表者名) 代表取締役 小林 秀樹 印

(事業所名) アイケアセンター小豆沢

(住 所) 東京都板橋区小豆沢2-19-7 渡辺ビル

説明者

(氏 名) 印

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける重度訪問介護の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住 所)

(氏 名) 印

(代理人)利用者との続柄()

(住 所)

(氏 名) 印

代筆の理由

()

利用者の家族代表 続柄()

(住 所)

(氏 名) 印

同行 援 護 サービス 重要 事項 説明 書
(令 和 年 月 日 現 在)

1. 事業者の概要

名 称	ケアフレンド
法人種別	株式会社
法人所在地	東京都足立区梅島1-13-17
電話番号	03-3889-8051
代表者氏名	代表取締役 小林 秀樹

2. 事業所の概要

事業所の名称	アイケアセンター 小豆沢
事業所の所在地	東京都板橋区小豆沢2-19-7 渡辺ビル101
事業所の電話番号	03-3965-5453
サービス提供地域	板橋区、北区、豊島区
サービス提供曜日・時間	月曜日～日曜日(但し、12月30日～1月3日の年末年始はお休みとさせていただきます)基本的に、7時～20時まで。 (時間外については、相談させていただきます)
事業所番号	
運営方針	お一人お一人の暮らしを大切に考え、利用者にあったサポートをいたします。
自己評価の実施状況	していない
第三者評価の実施状況	していない
職員への研修の実施状況	2ヶ月毎に社内の介護講習会を実施

3. 事業所の職員体制

職種	常勤(人)	非常勤(人)	合計員数 (常勤換算)	資格等
管理者	1		1	
サービス提供責任者	3		3	
ヘルパー		72	72	
事務員	3		3	

4. 主たる対象者

--

5. 提供するサービス

(1) サービスの内容

視覚障がいにより、移動に著しい困難を有する障がい者等につき、外出時において、当該障がい者等に同行し、移動に必要な情報を提供するとともに、移動の援護その他の当該障がい者等が外出する際の必要な援助を行います。

(2) 利用できるサービス内容

- ① 移動時及びそれに伴う外出先において必要な視覚的情報の支援(代読・代筆を含む)
- ② 移動時及びそれに伴う外出先において必要な移動の援護
- ③ 排泄・食事等の外出先での必要な介護
- ④ 外出前後に行われる衣服の着脱介助など外出する際の必要な援助

(3) 利用できる外出内容

- ① 行動する際に生じ得る危険を回避するために必要な援護。
- ② 外出時における移動中の介護。
- ③ 排泄および食事等の介護その他の行動する際に必要な援助。

(具体的には、次のようなサービスを行なう)

・予防的対応

初めての場所で不安定になり、不適切な行動にでないよう、あらかじめ目的地での行動等を理解していただくなど。

・制御的対応

行動障害を起こしてしまった時の問題行動を適切におさめるなど

・身体介護的対応

便意の認識ができない方の介助など

(3) ヘルパーの禁止行為

- ①利用者に対する暴力等の虐待行為
- ②身体拘束その他利用者の行動を制限する行為(緊急やむを得ない場合を除く)
- ③利用者の同居家族に対するサービス
- ④利用者の日常生活の範囲を超えたサービス(庭の手入れやペットの世話等)

6. 利用料金

(1) 介護給付費支給対象サービスに係る利用者負担額

サービスに係る利用者負担額は、区市町村が定める利用者負担上限月額(サービスに要した総費用額の1割相当額が低い場合には、低い方の額)となります。また、サービスに要した総費用額から利用者負担額を差し引いた額を介護給付費として事業者が受領します。なお、障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律第31条により特例の適用を受ける場合は、区市町村が定める額となります。

また、同一世帯に障害福祉サービスの利用者が複数いる場合、障害福祉サービスと介護保険サービスを併用する利用者がいる場合で、利用者負担の合計額が一定の額を超える場合には、高額障害福祉サービス等給付費等を支給され負担が軽減される場合もあります。詳しくは、お住まいの区市町村にお尋ねください。

① 基本サービス単位数表 日中時間帯 (午前8時～午後6時までの間)

・下記表の利用料(サービスに要した費用)は、本事業所の所在地(1級地)の1単位単価(11.20円)で算定しています。また、利用者負担額は利用料の1割相当額を記載しています。(1円未満の端数は、端数金額を切り捨てて算定します。)

		単位数	費用額 (10割分)	利用者 負担額
同行援護 サービス	30分未満	191	2,139円	214円
	30分以上1時間未満	302	3,382円	339円
	1時間以上1時間30分未満	436	4,883円	489円
	1時間30分以上2時間未満	501	5,611円	562円
	2時間以上2時間30分未満	566	6,339円	634円
	2時間30分以上3時間未満	632	7,078円	708円
	3時間以上の場合673単位に30分増すごとに	66	739円	74円

② 加算単位数

・下記表に該当する場合は、①の基本単位数に加算を算定します。

盲ろう者に対して盲ろう者向け通訳・介助員が支援を行う場合 (聴覚障がい6級以上の方)	25% 加算
障害程度区分3に該当する者の場合	20% 加算
障害程度区分4に該当する者の場合	40% 加算
2人の同行援護従業者による場合	× 2
夜間もしくは早朝の場合	25% 加算
深夜の場合	50% 加算

		単位数	費用額 (10割分)	利用者 負担額
初回加算	1月につき	+200	2,240円	224円
緊急時対応加算	1月に2回まで	+100	1,120円	112円
喀痰吸引等支援 体制加算	1日につき	+100	1,120円	112円
利用者負担額上 限額管理加算	1月につき	+150	1,680円	168円
福祉・介護職員 等処遇改善	1月につき(利用者ごとに、当該月の所定単位数※について算定) ※基本サービス費+各種加算・減算の単位数			
	要件	処遇改善加算の単位数	利用料 (10割分)	
加算Ⅱ	キャリアパス要件及び定量的要件を すべて満たす対象事業所	所定単位数×40.2% ※1単位未満の端数は四捨五入	左の単位数× 1単位の単価	
2026年6月より 加算Ⅱ口	キャリアパス要件及び定量的要件を すべて満たす対象事業所	所定単位数×44.1% ※1単位未満の端数は四捨五入	左の単位数× 1単位の単価	

(2)交通費

- ① 通常のサービス提供実施地域(※) → 無料
それ以外の地域 → ご利用者の実費負担となります。
- ② 買い物時や薬の受けとり時の交通費 → ご利用者の実費負担となります。
- ③ 通院介助時の交通費 → ご利用者の実費負担となります。

(3)水道代・ガス代

ご利用者のご自宅で、サービス実施のために水道・ガスを利用した場合、その代金はご利用者実費負担となります。

(4) 電話代

ご利用者のご自宅で、サービス実施のためにやむを得ず電話を利用した場合、その代金はご利用者の実費負担となります。(5)コピー代
居室サービス提供実績記録をコピーした場合、ご利用者の実費負担となります。
(1枚あたり10円)

(5) その他の料金

(6) 支払方法

- 事業者は、当月の料金の請求書に明細を付して、翌月20日までにご利用者に送付します。
- 自己負担金は、次のいずれかの方法によりお支払いいただきますようお願いいたします。
 - イ. 自動口座引き落とし(ご指定の金融機関の口座から月1回引き落とします。)
*こちらを原則とさせていただきます。
 - ロ. 銀行振込
(期日までにお振り込み願います。尚、振込手数料は利用者負担となります。)

振込先: 東京信用金庫 志村支店 店番013 口座番号4090742
口座名義 株式会社 ケアフレンド

7. キャンセル料

- (1)ご利用者の都合でサービスを中止する場合には、サービスの利用日の前営業日の18時までにご連絡下さい。
- (2)サービス利用日の前営業日の18時以降のキャンセルは、以下のキャンセル料を申し受けることとなりますのでご了承下さい。

キャンセル料 介護給付費の50%

- (3)ご利用者の容態が急変し、緊急入院など、緊急かつやむを得ない事情がある場合は、当日の連絡でもキャンセル料はいただきません。
- (4)キャンセル料は、利用者負担金の支払いに併せてお支払いいただきます。

8. サービスの利用方法

(1) サービスの利用開始

- ① 同行援護について介護給付費を受けた方で、当事業者のサービス利用を希望される方は、電話等でご連絡ください。当事業者のサービス提供に係る重要事項についてご説明します。
- ② サービス利用が決定した場合は契約を締結し、同行援護計画を作成して、サービスの提供を開始します。契約の有効期間は介護給付費支給期間と同じです。ただし、引き続き支給決定を受け、利用者から契約終了の申し出がない場合は、自動的に更新されるものとします。
- ③ 同行援護の提供に当たっては、適切なサービスを提供するために、利用者の心身の状況や生活環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等を把握させていただきます。

(2) サービスの終了

- ① 利用者が当事業者に対し7日間の予告期間において文書で通知を行った場合は、この契約を解除することができます。ただし、利用者の病変、急な入院などやむを得ない事情がある場合は、予告期間内の通知でも契約を解除することができます。
- ② 当事業者が正当な理由なくサービスを提供しない場合、守秘義務に反した場合、利用者やご家族などに対して社会通念を逸脱する行為を行った場合、または当事業者が破産した場合、利用者は文書で通知することにより直ちにこの契約を解除することができます。
- ③ 利用者がサービス利用料金の支払いを3カ月以上遅延し、料金を支払うよう催告したにもかかわらず、10日以内にお支払いいただけない場合、または利用者やご家族が事業者やサービス従業者に対して本契約を継続しがたいほどの背信行為を行った場合は、事業者は文書で通知することにより、直ちに契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。
- ④ 当事業所を閉鎖または縮小する場合などやむを得ない事情がある場合、契約を解除し、サービス提供を終了させていただくことがあります。この場合、契約を解除する日の30日前までに文書で通知します。

(3) 契約の自動終了

次の場合は、連絡がなくとも契約は自動的に終了します。

- ① 利用者が施設に入所した場合
- ② 同行援護の介護給付費支給期間が終了し、その後支給決定がない場合(所定の期間の経過をもって終了します。)
- ③ 利用者が亡くなった場合

9. 当事業者のサービス利用に際し留意いただきたい事項

10. 緊急時の対処方法

サービス提供中に利用者の容態に急変があった場合は、主治医に連絡する等必要な処置を講ずるほか、ご家族が不在の場合等、必要に応じて下記の緊急連絡先へ速やかにご連絡します。

【主治医】

医療機関名	
住所	
電話番号	
主治医氏名	

【ご家族等緊急連絡先】

氏名	
住所	
電話番号	
続柄	

11. 虐待防止に関する相談窓口

当事業所 虐待防止に関する相談窓口

窓口担当者	井ノ口 達也
電話番号・FAX	03-3965-5453 FAX 03-3969-0537
受付時間	午前9時00分から午後5時00分（日曜日は定休日）

12. この契約に関する苦情・相談窓口

当事業所ご利用相談・苦情窓口

担当者	井ノ口 達也
電話番号	03-3965-5453
受付時間	午前9時00分から午後5時00分（日曜日は定休日）

当事業所以外に、区市町村の相談・苦情窓口等でも受け付けています。

板橋区

担当部署 板橋区 福祉部 障がい者福祉課 認定給付係

電話番号 03-3579-2392

受付時間 午前9時から午後5時

板橋 福祉事務所

電話番号 03-3579-2460

赤塚 福祉事務所

電話番号 03-3938-5118

志村 福祉事務所

電話番号 03-3968-2337

北区

担当部署 北区健康福祉部障害福祉課

電話番号 03-3908-9085

受付時間 午前8時30分から午後5時

王子障害相談係

電話番号 03-3908-9081

赤羽障害相談係

電話番号 03-3903-4161

豊島区

担当部署 豊島区保険福祉部 障害福祉課 受付時間 午前8時30分から午後5時

障害者在宅支援グループ

電話番号 03-3981-2141

知的障害者支援グループ

電話番号 03-3981-1853

精神障害者福祉グループ

電話番号 03-3981-1988

東部障害支援センター

電話番号 03-3946-2511

西部障害支援センター

電話番号 03-3974-5531

また、東京都社会福祉協議会に設置された「福祉サービス運営適正化委員会」においても区市町村や都と連携しながら苦情対応を行っています。

担当部署	東京都社会福祉協議会 福祉サービス運営適正化委員会事務局
電話番号	03-5283-7020
受付時間	月～金 9時～17時

令和 年 月 日

同行援護利用にあたり、利用者に対して契約書及び本書面に基づいて、重要な事項を説明しました。

事業者

(事業者名) 株式会社ケアフレンド

(住 所) 東京都足立区梅島1-13-17

(代表者名) 代表取締役 小林 秀樹 印

(事業所名) アイケアセンター小豆沢

(住 所) 東京都板橋区小豆沢2-19-7 渡辺ビル

説明者

(氏 名) 印

私は契約書及び本書面により、これからサービスを受ける同行援護の重要な事項について、事業者から説明を受けました。

利用者

(住 所)

(氏 名) 印

(代理人)利用者との続柄()

(住 所)

(氏 名) 印

代筆の理由

()

利用者の家族代表 続柄()

(住 所)

(氏 名) 印
